Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA**

**CÓDIGO: ET-CA-FT-022**
**VERSIÓN: 04**
**FECHA: 2021-04-26**

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO ( SARLAFT )

| FECHA: | 23/08/2024 | CIUDAD: | Bogota | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca |
|---|---|---|---|---|---|

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

### CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

| ASEGURADOR | PROVEDOR | CONTRATISTA | PARTICULAR | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | X | ☐ | ☐ | ☐ | |

### 1. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

| RAZON SOCIAL: | ARPA MEDICAL SAS | NIT: | 900.879.954 | DV | 9 |
|---|---|---|---|---|---|

| REPRESENTANTE LEGAL: | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: |
|---|---|---|---|
| | ARANGO | JARAMILLO | ANDRES |

| CEDULA DE CIUDADANÍA | CEDULA DE EXTRANJERÍA | NUMERO: | LUGAR DE EXPEDICION | FECHA EXPEDICION DD/MM/AAAA | ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL REPRESENTANTE LEGAL |
|---|---|---|---|---|---|
| X | ☐ | 79.779.206 | BOGOTA | 2/10/1992 | CODIGO CIIU: 4645 |

| FECHA NACIMIENTO DD/MM/AAAA | LUGAR NACIMIENTO: | DEPARTAMENTO: | NACIONALIDAD (1): | NACIONALIDAD (2): |
|---|---|---|---|---|
| 28/09/1974 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | |

| DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL EMPRESA: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO FIJO Y MOVIL |
|---|---|---|---|---|
| CARRERA 22 No 86a 34 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 6013083848<br>3134230965 |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL/PAGINA INTERNET: |
|---|---|
| cotizaciones@arpamedical.com.co | www.arpamedical.com.co |

| DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO FIJO Y MOVIL |
|---|---|---|---|---|
| CARRERA 22 No 86a 34 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 6013083848<br>3134230965 |

| TIPO DE EMPRESA: | ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar Con X): | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PUBLICA ☐ | INDUSTRIAL ☐ | COMERCIAL X | SERVICIOS ☐ | ASEGURADOR ☐ | CONSTRUCCION ☐ |
| PRIVADA X | FAMACEUTICO ☐ | FARMACEUTICO ☐ | SERVICIOS DE SALUD ☐ | AGROPECUARIO ☐ | SOLIDARIO ☐ |
| MIXTA ☐ | MINERO ENERGETICO ☐ | COMUNICACIONES ☐ | TRANSPORTES ☐ | SERVICIOS FINANCIEROS ☐ | ALIMENTOS ☐ |
| EXTRANJERA ☐ | OTRA ACTIVIDAD : ☐ | | CUAL: | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE(Marcar con X): | RENTA | IVA | I.C.A. | CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|---|---|
| | SI X | SI X | SI X | PRINCIPAL: 4645 SECUNDARIA: 3250 |
| | NO ☐ | NO ☐ | NO ☐ | |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|---|
| SI ☐ | NO X | SI X | NO ☐ | SI ☐ | NO X |

### 2. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)(Marcar Con X) DECRETO 1674 de 2016.

| | | |
|---|---|---|
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS ? | SI ☐ | NO X |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO ? | SI ☐ | NO X |
| POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL ? | SI ☐ | NO X |
| ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA ? | SI ☐ | NO X |
| Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique: | | |

### 3. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

| NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO) | % PARTICIPACION | ACTIVIDAD ECONOMICA - CODIGO CIIU | TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar Con X) | NUMERO IDENTIFICACION |
|---|---|---|---|---|
| ANDRES ARANGO JARAMILLO | 100% | 4645 | C.C. X C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 79.779.206 |

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO ( SARLAFT )

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | |
| | | | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | |
| | | | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | |
| | | | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | |

## 4. INFORMACION FINANCIERA( PESOS $)

| | | | |
|---|---|---|---|
| INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 265.212.058 | ACTIVOS TOTALES | 2.609.730.911 |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 7.391.959 | PASIVOS TOTALES | 317.168.228 |
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 232.359.419 | PATRIMONIO | 2.292.562.681 |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 7.588.994 | | |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: | CONCEPTOS RENDIMIENTOS FINANCIEROS | | |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES: | CONCEPTOS INTERES | | |

## 5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

| REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA ? :(Marcar Con X) | | | | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMPORTAC IONES | X | EXPORTACIONES ☐ | INVERSIONES ☐ | PRESTAMOS ☐ | OTRA ☐ | | |
| OPERACIONES REDESCUENTO | ☐ | LEASING ☐ | TRASFERENCIAS ☐ | PAGOS SERVICIOS ☐ | CUAL: | | |

| TIPO PRODUCTO CUENTA | No DEL PRODUCTO CUENTA | ENTIDAD | MONTO OPERACIÓN | CIUDAD | PAIS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS | 466900036081 | DAVIVIENDA | 30.000 | MIAMI | ESTADOS UNIDOS | USD |
| | | | | | | |

## 6. INFORMACION COMERCIAL (Marcar Con X)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE | | CORRESPONDENCIA ☐ | PUBLICIDAD ENTIDAD ☐ | MERCADEO ☐ | REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐ |
| | | EVENTOS ☐ | LLAMADA TELEFONICA ☐ | PORTAL WEB SUBRED ☐ | REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐ |
| OTRO: ☐ | | INTERNET X | PORTALES EMPLEO ☐ | BASE DE DATOS ☐ | INVITACION A COTIZAR ☐ |

## 7. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

**Declaro expresamente que:**

**1.** Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes ( describa en detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

IMPORTACION Y DISTRIBUCION DE SUMINISTROS MEDICO QUIRURGICOS

**2.** Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

**3.** La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

**4.** Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

**5.** Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

## 8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

**1.** Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.

**2**. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

**3.** Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.

**4.** Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.

**5.** Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

**SI SE ACTUA MEDIANTE APODERADO**

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico o Autoridad Competente.

## 9. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

### CONSIDERACIONES

**1.** Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos, atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

**2.** Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

**3.** Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.

**4.** Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

### AUTORIZACION

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO ( SARLAFT )

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

**Declaro expresamente:**

I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

II. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

**1.** FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

**2.** El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

**3.** USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las peronas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelante gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

**4**. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

**5.** DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

**7.** DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

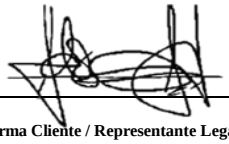
**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5-43, Bogotá DC, Teléfono 344 44 84 E-mail:sarlaft@subredcentrooriente.gov.co )*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

**9.**AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizados, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

**NOTA:** Si desea ampliar esta información por favor visite: ***www.subredcentrooriente.gov.co ,*** en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES", o al correo electrónico: ***sarlaft@subredcentrooriente.gov.co***

### 10. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Índice Derecho @**

| 11. INFORMACION DE ENTREVISTA | | | | 12. VERIFICACION DE LA INFORMACION | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.Fecha** | | **2. Ciudad** | | **1. Fecha** | | **2. Ciudad** | | **3. Hora** | |
| **3.Nombre del funcionario Subred:** | | | | **4. Nombre y Cargo de quien verifica (Contraparte):** | | | | | |
| **4. Lugar de la Entrevista:** | | | | **5. Lugar de la verificación:** | | | | | |
| **5. Observaciones:** | | | | **6. Observaciones:** | | | | | |
| **6. Resultado de la Entrevista:** | | ACEPTADO ☐ | RECHAZADO ☐ | **7. Firma y No cédula** | | | | | |
| **7. Firma y Cédula** | | | | **8. Nombre Apellidos Funcionario Subred** | | | | | |
| **8.Proceso Responsable Subred** | | | | **9. Proceso Responsable Subred:** | | | | | |